

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

288

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par Luis PUYÓ MEDINA

Né à Santiago (Chili), le 10 août 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU CHANCRE SYPHILITIQUE

ÉROSIF PHAGÉDÉNIQUE SUPERFICIEL



Président : M. FOURNIER, professeur

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
ROBIN, DÉGERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N° 288

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 juillet 1892, à 1 heure

Par Luis PUYÓ MEDINA

Né à Santiago (Chili), le 10 août 1864

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CHANCRE SYPHILITIQUE
ÉROSIF PHAGÉDÉNIQUE SUPERFICIEL

Président : M. FOURNIER, professeur

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
ROBIN, DÉGERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfant	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BAILLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	LETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

MM. LES PROFESSEURS PINARD, POTAIN, PETER,
BOUCHARD, TILLAUX, ETC.

MM. PEYROT ET QUINQUAUD

Professeurs agrégés

M. LE PROFESSEUR BARROS BORGONO

De la Faculté de Santiago (Chili)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE D^r FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CHANCRE SYPHILITIQUE ÉROSIF
PHAGÉDÉNIQUE SUPERFICIEL

INTRODUCTION

Dans son article *Phagédénisme* du *Dictionnaire Jac-
coud* M. le professeur Fournier dit « avoir vu parfois
certains chancres du gland ou des lèvres vulvaires s'établir
sur de très-larges surfaces, au point de mériter incontes-
tablement la qualification de chancres phagédéniques, et
cependant rester pendant toute leur durée à l'état de sim-
ples lésions érosives, desquamatives. Quelques exemples
de ces faits curieux et *encore non décrits* se trouvent
reproduits dans ma collection particulière, déposée au
musée de l'hôpital Saint-Louis ».

Et de fait, si l'on parcourt les auteurs classiques sur ce
point, nulle part on n'y rencontre une description détail-

lée de cette variété, très-rare, il est vrai, de l'accident primitif de la syphilis.

Bassereau, qui dans son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, 1852, rapporte 60 cas de chancres phagédéniques rongeurs, n'en cite pas un seul relatif au phagédénisme superficiel. Rollet, Diday, Mauriac, Jullien, Leloir, Martin et Belhomme, du Castel, Langlebert n'en parlent pas davantage. Ricord lui-même qui, de tous les syphiliographes, a certes le plus et le mieux étudié le chancre sous tous ses aspects n'en fait pas mention dans ses *Leçons sur le chancre*.

Le hasard de la clinique a conduit récemment dans le service de M. le Professeur Fournier un de ces chancres phagédéniques superficiels. Notre éminent Maître, avec sa bonté habituelle, a bien voulu nous permettre d'en recueillir l'observation, et nous conseiller, en la réunissant à celles qui ont trait aux moulages de sa collection, d'en faire l'objet de notre thèse.

Mais avant d'aborder notre sujet il nous reste un devoir à accomplir. Sur le point de quitter la France, heureux et fier d'y avoir obtenu le titre de docteur de la Faculté de Paris, nous prions M. le Professeur Fournier d'accepter le respectueux hommage de notre profonde reconnaissance. Comme étranger, nous avons toujours trouvé dans son service l'hospitalité la plus large et l'accueil le plus bienveillant que nous ne saurions oublier. Comme élève, c'est à ses savantes leçons que nous devons d'avoir acquis quelque instruction, et nous espérons que ce travail ne sera pas indigne de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous prions également nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, MM. les Professeurs Pinard, Potain, Peter, Bouchard, Tillaux et MM. Peyrot et Quinquaud, Professeurs-agrégés, de recevoir nos hommages et nos adieux. Nous leur dédions ce travail comme un témoignage de notre gratitude.

Enfin, nous n'aurons garde d'oublier en ce moment la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos premiers maîtres, et en particulier M. le Dr Barros Borgoño, Doyen de la Faculté de Médecine de Santiago. C'est un bonheur pour nous que de leur exprimer l'assurance de nos sentiments les plus affectueux et les plus dévoués.

Nous terminerons en adressant nos plus sincères remerciements à M. le Dr Hudelo, chef de clinique de M. le Professeur Fournier, pour les excellentes leçons qu'il nous a données à l'hôpital Saint-Louis, et les conseils dont il a bien voulu nous assister pour notre thèse.

PHAGÉDÉNISME EN GÉNÉRAL

PHAGÉDÉNISME DU CHANCRE SYPHILITIQUE

Nous diviserons ce chapitre en deux parties.

Dans la première, nous examinerons en quelques mots ce qu'il faut entendre par le phagédénisme en général.

Dans la seconde nous étudierons particulièrement le phagédénisme du chancre syphilitique, ses formes, sa fréquence propre et sa fréquence relative aux autres phagédénismes d'ordre vénérien.

1° *Phagédénisme en général.*

« Le mot phagédénisme (du grec, manger, ronger, dévorer) qualifie toute plaie dépassant d'une façon considérable ses limites habituelles ; offrant une tendance extensive ou destructive ; relativement ou absolument rebelle aux agents thérapeutiques ; affectant une durée plus ou moins longue et susceptible même d'une chronicité indéfinie ; comportant en conséquence pour ces raisons diverses un caractère de malignité particulière » (Fournier).

On peut comparer le phagédénisme à la gangrène : ce n'est pas à proprement parler une maladie ; c'est simple-

ment une façon d'être, une modalité de certaines lésions ulcéreuses, et de même que l'on voit la gangrène se produire au cours du diabète, de la dilatation des bronches, de l'ataxie locomotrice, de la variole, de la rougeole, des affections puerpérales, et dans les plaies de toute sorte ; de même aussi voit-on le phagédénisme compliquer des affections multiples et très-différentes comme nature, en particulier le *lupus* : Quiconque pénètre dans l'hôpital Saint-Louis est immédiatement frappé de rencontrer à chaque pas des malades, des serviteurs hommes ou femmes, dont le visage, parfois d'une laideur étrange, horrible, tantôt est dévoré par l'ulcère tuberculeux encore en activité, tantôt est défiguré par des cicatrices vicieuses qui tiraillent en tous sens leurs organes mutilés. Ce sont ces ulcères que Bazin appelait des scrofulides phagédéniques.

Les *cancroïdes*, les *plaies variqueuses*, l'*esthiomène de la vulve*, certaines formes d'*ecthyma*, par les destructions considérables qu'elles entraînent souvent méritent aussi ce qualificatif de phagédénisme.

Mais, à vrai dire, vu son degré de fréquence relativement supérieur, on l'applique plus volontiers aux ulcères vénériens de nature envahissante ou rongearite.

2° *Phagédénisme du chancre syphilitique.*

La syphilis, parmi les maladies vénériennes, est incontestablement celle qui, plus que les autres, est susceptible d'engendrer le phagédénisme. Mais les lésions syphiliti-

ques sont de plusieurs ordres, très différentes entre elles quant à leur nature. Ces lésions possèdent-elles toutes, à un même degré, une même aptitude à devenir phagédéniques? Evidemment non, et la preuve est faite sur ce point.

A. — *Fréquence du phagédénisme chancreux relativement aux autres accidents syphilitiques.* — On peut établir cette relativité d'après le principe suivant : plus la lésion syphilitique sera par elle-même de nature ulcéreuse plus grande et plus fréquente sera sa tendance au phagédénisme.

Ainsi :

1° Les *accidents secondaires*, la roséole, les papules, les tubercules, les plaques muqueuses, voire même les plaques muqueuses irritées, ulcérées, ne s'accompagnent jamais de phagédénisme.

2° Les *accidents tertiaires* au contraire, soit de par leur simple chronologie, soit de par leur nature anatomique (dans le cas de syphilis maligne précoce par exemple); accidents ulcéreux d'emblée, comme l'ecthyma, le rupia; ou secondairement ulcéreux, comme les gommès, les ostéopériostoses... etc., fournissent à eux seuls le plus fort contingent au phagédénisme, qu'ils siègent à la peau ou sur les muqueuses.

3° L'*accident primitif*, enfin, le chancre prend place, par ordre de fréquence, entre les accidents secondaires et les tertiaires. Et de fait, qu'est-ce que le chancre? une infiltration du derme produisant un épaississement local, une nodosité circonscrite, et à la surface de cette nodosité

une érosion ou une légère exulcération : *d'où condition défavorable au phagédénisme*. La statistique, comme nous le verrons dans un instant, le prouve surabondamment.

B. — *Fréquence du phagédénisme chancreux relativement au phagédénisme de la chancrelle*. Alors que l'on croyait à l'unité de la syphilis, du mal vénérien, comme on l'appelait, on avait observé de nombreux cas où l'accident primitif de la vérole s'accompagnait de phagédénisme. Mais quand on sut avec Ricord, distinguer le chancre mou du chancre syphilitique, les observations de phagédénisme dues à ce dernier se firent de plus en plus rares. Il fut au contraire rapidement prouvé que la chancrelle possédait une faculté inhérente, une tendance propre à l'extension et à l'ulcération, *d'où condition favorable au phagédénisme*. C'est au chancre mou, en effet, et surtout au bubon chancrelleux, qu'il faut attribuer ces cas cités par les anciens auteurs, d'ulcérations considérables envahissant les bourses, le périnée, l'abdomen, entraînant même la mort.

On alla aussi jusqu'à en faire un élément de diagnostic si important qu'une lésion chancreiforme s'accompagnait-elle de phagédénisme, le sujet qui en était porteur devait, à coup sûr, rester indemne de la vérole constitutionnelle. Sans tomber dans une telle exagération, il faut tenir pour certain que le phagédénisme du chancre syphilitique est très-rare par rapport aux autres phagédénismes.

Écoutez là-dessus M. le professeur Fournier :

Puyo Medina

3

« Ce n'est pas, bien certainement, 1 fois sur 50 le chancre syphilitique qui est l'origine des effroyables délabrements phagédéniques des organes génitaux. Presqu'invariablement ceux-ci sont le produit de trois causes qui s'appellent, ou la vérole tertiaire, ou le chancre simple, ou la scrofule. »

Ce fait ressort très évidemment de la statistique suivante : sur 137 cas de phagédénisme vénérien, il trouve :

Cas de phagédénisme issus du chancre simple. . .	44
Cas de phagédénisme issus du chancre syphilitique . .	22
Cas de phagédénisme tertiaire.	71

De sorte que le phagédénisme tertiaire serait à lui seul, plus commun en pratique que les deux autres phagédénismes vénériens; qu'il y aurait un cas de phagédénisme chancreux pour près de 6 cas de phagédénisme tertiaires.

C. — *Fréquence du phagédénisme chancreux relativement à ses différentes formes.* — Il nous reste maintenant à établir la fréquence propre du phagédénisme chancreux, et plus spécialement la fréquence inhérente à chacune de ses variétés : car il nous faut distinguer, dès maintenant, deux variétés, et en même temps nous leçons dans le phagédénisme du chancre syphilitique :

1° Une variété grave : chancre syphilitique phagédénique *rongeant, ulcéreux.*

2° Une variété relativement bénigne : chancre syphilitique phagédénique *superficiel étendu.*

La première se trouve décrite dans tous les auteurs :

vous nous effrayez de décrire la seconde blende de
côté jusqu'ici.

a) Étudions d'abord la forme ulcéreuse, toujours au
point de vue de la fréquence.

Ricord s'étant déjà récemment prononcé la dessus, « par
une publication dont le titre nous échappe, mais, dans
ses Leçons sur le chancre, le phagédénisme, qui est une
déviation assez commune pour le chancre simple, excep-
tion au contraire pour l'autre variété une exception ver-
table.

Le chancre infectant a donc une tendance naturelle à
se limiter. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il subit la
déviation phagédénique.

Ricord fait-il ajouter que le phagédénisme du chan-
cre infecté est généralement beaucoup plus limité, beau-
coup moins étensif que celui du chancre simple. Vous
verrez rarement l'ulcère infectant labourer les bords dans
une aussi grande étendue et avec une résistance aussi
opiniâtre que l'autre variété de l'ulcère malin.

M. le professeur Fournier partage l'opinion de son
maître Ricord: « Le phagédénisme, dit-il, s'observe-t-il
avec le chancre syphilitique? Oui, mais très excep-
tionnellement.

Chez l'homme, d'abord, c'est un accident que l'on ob-
serve de loin en loin et que l'on cite comme une curiosité
pathologique.

Chez la femme, en second lieu, c'est un accident que
j'ose dire inconnu.

Je n'en ai pas vu d'exemple pour ma part. M. Ricord
lui-même, que je suis allé consulter tout exprès à ce pro-

pos, m'a dit n'en avoir jamais observé. Si donc le chancre syphilitique de la femme est susceptible de prendre la forme phagédénique, c'est là du moins pour lui une complication prodigieusement exceptionnelle.

Sans doute, on a bien relaté chez la femme quelques observations de chancre ayant dépassé leurs dimensions habituelles, s'étant creusés ou étendus outre mesure, mais en pareil cas, ce n'était qu'une imminence, qu'une menace, car sous l'influence d'une hygiène et d'un traitement convenable, les chancres qui donnent de telles alarmes sont bien vite enrayés en général et rentrent rapidement dans les voies communes. »

Qu'il nous soit permis à ce propos de citer l'observation d'un cas de ce genre que nous avons eu l'occasion de suivre, cette année même, dans le service de M. le professeur Fournier.

Une jeune femme Alb. Deb..., couturière, âgée de 20 ans, couchée au lit n. 29, enceinte d'environ 7 mois (première grossesse). Vers le cinquième mois de sa grossesse voit apparaître un chancre sur le côté droit de l'anus : application de plusieurs topiques et entre autres de pommade iodoformée.

Sans doute sous l'influence de ces topiques, plus ou moins irritants, le chancre s'est enflammé et a pris une allure phagédénique : la malade inquiète et souffrant beaucoup se décide à entrer à l'hôpital.

On constate alors une ulcération occupant toute la demi-circonférence droite des plis rayonnés de l'anus, empiétant d'un centimètre environ sur la peau adjacente,

profonde, anfractueuse, à bords déchiquetés, creusés, à fond grisâtre, pultacé, sécrétant une sérosité abondante et sentant très-mauvais. Des cordons lymphangitiques, multiples et durs, reliaient cette ulcération aux ganglions de l'aîne droite, tuméfiés, douloureux.

Il y avait également un chancre induré du col, occupant toute la lèvre postérieure, d'aspect ulcéreux, phagédénique aussi, pénétrant même jusque dans le col.

La présence d'une roséole caractéristique ne laissait aucun doute sur la nature syphilitique de ces chancres. Et bien, sous l'influence d'un traitement antiseptique approprié, grands bains prolongés, compresses de tarlatan imbibées de sublimé, tamponnement du vagin, injections, les deux chancres bourgeonnaient et entraient en cicatrisation au bout d'une semaine, et la guérison était complète à la fin de la troisième semaine.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'un chancre phagédénique de l'*anus*. Or, pendant longtemps on admit que cette variété locale du chancre syphilitique, en raison du terrain particulier sur lequel il se développait, exposé par le passage des matières fécales à une irritation et surtout à une contamination continuelles, pouvait prendre, exceptionnellement à la loi générale, le caractère phagédénique. Quelques auteurs même attribuèrent à ces chancres phagédéniques le rétrécissement du rectum, soit par rectite propagée (Gosselin), soit par rétraction cicatricielle (Desprès). Eh bien, il n'y a là qu'une exception apparente, car la plupart de ces cas relèvent d'une double contagion : ce sont des chancres *mixtes*, comme l'a

démontré Rollet, et dans cette association pathologique, la part du phagédénisme revient au chancre mou, et non à la syphilis.

b) Si le chancre syphilitique phagédénique, dans sa forme ulcéreuse, rongeante, est une rareté chez l'homme, un fait presque inconnu chez la femme, que dire de la variété érosive superficielle ? En feuilletant les registres si précieux de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, où jour par jour, sont consignés les diagnostics de tous les malades entrant dans le service de M. le Professeur Fournier, nous n'avons pu trouver que trois cas relatifs à cette dernière variété. En y joignant notre observation personnelle, nous arrivons seulement à quatre cas qui se répartissent ainsi :

Femmes	3 cas
Hommes	1 »

Il faut donc considérer la forme érosive superficielle du chancre phagédénique syphilitique comme une curiosité pathologique exceptionnellement rare. C'est ce qui explique le silence des auteurs classiques sur ce sujet, et aussi notre désir de combler cette petite lacune, dont la rareté fait précisément l'intérêt. Cette rareté sera encore notre excuse et notre justification de n'avoir pu produire dans notre thèse un nombre d'observations plus considérable.

PATHOGÉNIE.

1. — S'il est un sujet sur lequel l'imagination de nos vieux auteurs s'est livrée carrière, c'est bien le phagédénisme des ulcères, et, pour l'expliquer, les théories les plus invraisemblables ont été émises. Nous ne nous attarderons pas à les discuter.

Parmi toutes ces théories, il en est une cependant qui prise au sens le plus large, renferme une part de vérité, c'est celle de Benjamin Bell. « Je soupçonne, dit-il, en parlant du chancre rongeur, que ces chancres sont quelquefois l'effet de la nature du virus : que le phagédénisme résulte d'un *virus spécial, distinct du virus chancreux*

Cette idée seule doit être retenue, conservée dans la théorie de Bell, mais en la pliant, en l'adaptant aux doctrines modernes parasitaires.

Ce virus particulier dont parle Bell, ce virus mystérieux qu'il soupçonne sans pouvoir le définir, et qui vient surajouter sa virulence propre et redoutable à celle du virus chancreux, nous avons appris à le connaître depuis les admirables découvertes de Pasteur.

Ce sont les microbes de la putréfaction, les *microbes pyogènes*, et en particulier les staphylocoques et les

streptocoques qui ont pour fonction d'infiltrer et de désorganiser les tissus. Il se produit là un fait, d'ordre aujourd'hui banal et parfaitement connu, à savoir une *association microbienne* : le bacille syphilitique d'une part, les pyogènes de l'autre.

Tant que le bacille syphilitique opère seul, la plaie reste aseptique pour ainsi dire : le bacille syphilitique, comme celui de la tuberculose, est torpide de sa nature, il montre peu de tendance à l'extension, à l'ulcération, à la putréfaction. Mais que, pour des raisons sur lesquelles nous aurons à revenir tout à l'heure, les parasites pyogènes se déposent sur l'ulcère syphilitique et s'y cultivent, l'*infection mixte* se trouve dès lors créée et avec elle toutes ses conséquences ; d'aseptique qu'il était cet ulcère va devenir septique, doué par conséquent de propriétés extensives, envahissantes, ulcérautes.

Les microbes pyogènes ont, pour ainsi dire, phagédénisé l'ulcère syphilitique.

Pour le phagédénisme ce sont les parasites de la putréfaction qui viennent se surajouter au bacille de la syphilis, comme dans d'autres cas ce sont les parasites de l'érysipèle ou de la gangrène qui s'associent à lui et impriment à la plaie une allure gangréneuse érysipélateuse.

Il arrive pour la syphilis ce qui survient dans nombre d'autres maladies ; la blennorrhagie par exemple : la plupart des lésions locales et générales qu'elle entraîne, et en particulier les lésions suppuratives, ne relèvent pas du gonocoque seul, mais aussi des agents ordinaires de la suppuration, tels les bubons, les abcès péri-uréthraux, les ophthalmies, les arthrites, etc... Gangolte de Lyon a dé-

montré l'infection mixte dans les os. Pour la tuberculose même on tend de plus en plus à faire jouer un rôle important aux microbes pyogènes dans les lésions ulcéreuses, destructives de cette affection.

Aussi, sans aller jusqu'à dire que le bacille de la syphilis est incapable, à lui seul, de produire le phagédénisme, on peut affirmer sans exagération qu'il y a surtout des phagédénismes septiques, ou mieux des ulcérations qui, originellement syphilitiques, deviennent secondairement phagédéniques par septicité.

On disait autrefois qu'il y avait : suractivité du processus par excès d'inflammation. Cela est juste, mais à la condition qu'on veuille admettre que l'inflammation a été apportée par les organismes septiques.

Mais il faut des preuves pour appuyer cette théorie nouvelle du phagédénisme : ces preuves, nous allons les tirer de l'expérimentation et de la clinique.

I. — Si l'on examine au microscope du pus recueilli par râclage à la surface des plaies phagédéniques on y trouve constamment et en quantité innombrable les micro-organismes de la suppuration.

II. — Au contraire, si l'on examine du pus pris à la surface d'une plaie saine, d'un chancre par exemple, qui aura été pansé avec soin et journellement, on ne trouve plus les microbes pyogènes qu'en nombre négligeable.

III. — Etant donné un ulcère phagédénique, on y constate la présence des parasites septiques : cet ulcère

est traité par les liquides ou les poudres antiseptiques, le phagédénisme est arrêté rapidement.

Si l'on examine comparativement, chaque jour, le produit de sécrétion, on se rend compte que leur nombre diminue parallèlement et progressivement jusqu'à guérison complète de l'ulcère.

IV. — Une plaie n'est jamais phagédénique d'emblée, elle le devient.

Ce fait, les anciens cliniciens l'avaient déjà observé. « Une période de temps, ordinairement assez longue, dit Clerc, s'écoule avant le moment où l'ulcération devient envahissante. Que l'on parcoure les observations de chancres phagédéniques éparses dans les *Annales de la syphilologie*, et l'on verra que tout chancroïde phagédénique n'a été d'abord qu'un chancroïde de forme ulcéreuse ou exulcéreuse pendant un certain temps de sa durée ; le phagédénisme n'est survenu que plus tard, sous l'influence de causes locales ou générales souvent appréciables. »

Ce qui peut se traduire ainsi : tant que l'ulcère restera aseptique, il ne deviendra pas de nature phagédénique ; il le deviendra à partir du moment où il sera contaminé par les agents parasitaires de la septicité ; il cessera de l'être dès que ceux-ci auront été détruits par les agents antiseptiques.

V. — Le chancre phagédénique ne dérive pas nécessairement de la contagion d'un chancre phagédénique, fait que nous ont appris les expérimentateurs.

Cela s'explique très simplement : un individu contracte

la syphilis d'une femme affectée d'un chancre non ulcéreux, bénin : pour peu qu'il ne prenne aucun soin de son chancre, celui-ci pourra s'infecter et devenir phagédénique alors que celui qui lui a donné naissance ne l'était pas.

Bassereau nous rapporte l'histoire de trois auvergnats qui, venus à Paris, cohabitèrent avec la même femme et tous trois furent atteints de chancres phagédéniques. Il y a là une simple coïncidence, et il ne faudrait pas croire, comme semble le faire Bassereau, que la graine de ces chancres était de nature, d'essence phagédénique, mais bien que ces trois auvergnats ne donnèrent aucun soin à leurs chancres et que ceux-ci furent infectés.

VI. — Réciproquement l'inoculation sur un sujet sain du pus emprunté à des chancres phagédéniques ne produit pas nécessairement une ulcération phagédénique. Loin de là même, dans les quelques cas où cette périlleuse expérience a été instituée, elle n'a jamais développé que des chancres de forme commune non entachés de phagédénisme (Sperino, Salneuve, Rollet).

C'est qu'en effet les microbes de la suppuration, comme le bacille de la syphilis, sont inoculables ; mais tandis que celui-ci demande une longue incubation pour se cultiver, les premiers se cultivent avec une grande rapidité : dès lors, livrés à leur propre force, à quoi vont-ils donner naissance ? A des furoncles, à de l'impétigo, à de l'ecthyma, etc., et c'est tout. Ils sont incapables, à eux seuls, de produire le phagédénisme, il faut qu'ils y soient aidés par d'autres bacilles qui leur préparent le terrain et pour

ainsi dire leur tâche : de même qu'à leur tour ces bacilles ont nécessairement besoin du secours des bactéries pyogènes pour phagédéniser les plaies qu'ils ont produites.

Il faut donc, et c'est une condition *sine qua non*, le *consensus*, l'association de ces deux ordres de parasites pour la phagédénisation des ulcères syphilitiques ou autres, et dans cette association, ce sont les pyogènes qui apportent la plus grosse part.

VII. — Il y a plus encore. N'a-t-on pas vu, ne voit-on pas encore journellement, chez un même sujet, des ulcères phagédéniques à côté d'ulcères simples, bénins ?

Ceci prouve bien d'abord que le phagédénisme ne tient pas, ou du moins ne tient pas seulement à la nature du terrain sur lequel se développe l'ulcère, comme on l'a cru pendant longtemps : ensuite que tel ulcère peut s'infecter, son voisin sortant indemne. Que l'on examine au microscope le pus de ces ulcères : sur le premier, on constatera la présence des parasites de la septicité et leur absence sur le second.

VIII. — Une dernière preuve nous est encore fournie dans la multiplicité des affections que peut compliquer le phagédénisme.

III

ÉTIOLOGIE

Cette théorie étant admise, à savoir : la phagédénisation des ulcères syphilitiques ou autres par les bactéries de la septicité, il est indéniable que certaines ulcérations sont bien plus sujettes, bien plus exposées que d'autres à la redoutable complication que nous étudions actuellement.

Il est des causes qui, certainement, favorisent ou provoquent le développement du phagédénisme. Quelles seront ces causes, *a priori* ?

Et bien, les unes agiront sur la maladie primordiale, foncière si l'on peut dire, qui crée l'ulcère de toutes pièces, la syphilis dans le cas présent : ce sont les causes générales.

Les autres agiront sur l'élément qui vient se surajouter, se greffer secondairement sur cet ulcère pour lui imprimer une allure phagédénique, à savoir l'élément septique : ce sont les causes locales.

Un troisième ordre de causes relèvera enfin de la qualité, de la structure anatomique, de la nature même de l'ulcère.

A. — *Causes générales.* — Plus une syphilis sera grave, plus les lésions qu'elle engendrera seront ulcéreuses, et plus ces lésions seront exposées à devenir phagédéniques.

Les facteurs de gravité de la syphilis deviennent donc par cela même les facteurs du phagédénisme.

L'alcool avant tout : il est avéré que l'alcoolisme chronique aggrave la syphilis et constitue une prédisposition puissante au phagédénisme. Ricord qualifiait le chancre des ivrognes du nom de chancre œnophagédénique.

L'âge avancé imprime également une malignité réelle à la syphilis : la thèse de Dulac est très riche en faits qui démontrent les conséquences de la vérole contractée par des sujets âgés ou vieillis avant le temps, et en particulier le phagédénisme. M. Fournier insiste beaucoup sur la vieillesse, comme ayant une tendance marquée au phagédénisme.

La grossesse, sans qu'il soit besoin d'insister, donne souvent aux manifestations syphilitiques une gravité et une ténacité inaccoutumées. Il est d'observation commune, dit M. Fournier, de voir dans le cours de la gestation des ulcérations vulvaires prendre une marche extensive, térébrante, phagédénique en un mot.

Rappelons à ce propos que le chancre phagédénique de l'anus dont nous avons cité l'observation s'était développé chez une femme enceinte de 7 mois.

Citons enfin la *tuberculose*, la *scrofule*, le diabète, les privations, la *misère*, les excès, les traumatismes, certains climats, etc.

Absence de traitement général antérieur ou actuel.

B. — *Causes locales*. — Voici donc les facteurs propres à engendrer une syphilis grave, ulcéreuse, à préparer le terrain au phagédénisme : examinons mainte-

nant les conditions locales qu'en provoqueront l'éclosion.

Elles ne sont autres que celles qui président à l'infection, la septicité des plaies.

Absence de traitement local avant tout, absence de pansements et d'hygiène, malpropreté, négligence, incurie.

Situation particulière de certains chancres exposés à être souillés par l'urine (chancres du méat, de l'orifice préputial, du vestibule de la vulve); par les matières fécales (chancres du périnée, de l'anus); par la sueur (chancres du pli de l'aîne, du sillon interfessier, etc.).

Phimosis soit congénital, soit pathologique, s'opposant à tout pansement, emprisonnant les lésions préputiales, entretenant à leur surface la stagnation du pus.

Paraphimosis, réagissant sur les ulcérations situées au delà de l'étranglement, les congestionnant, provoquant des accidents périphériques.

C. — *Causes inhérentes au chancre même.* — Par ces causes nous entendons les conditions qui font que certains chancres sont plus ou moins aptes à s'infecter, offrent par eux-mêmes un milieu de culture plus ou moins favorable aux microbes de la septicité.

Profondeur de l'ulcération chancreuse. — On peut affirmer *a priori* que l'aptitude à l'infection est en raison directe de la profondeur de l'ulcération; et cette affirmation concorde avec ce que la statistique avait déjà prouvé à savoir : que le phagédénisme s'observe surtout fréquemment avec les accidents tertiaires de la syphilis, la plupart ulcéreux, puis en décroissance avec le chancre mou,

ensuite avec l'accident primitif, variété ulcéreuse ; et enfin avec les accidents secondaires.

Voilà pourquoi il est tout à fait exceptionnel avec le chancre érosif.

Anfractuosité de l'ulcération chancreuse. — Il est des chancres, dont le noyau d'induration, au lieu de se creuser d'une seule caverne, se perfore par de nombreux pertuis (chancre anthracoïde), qui ouvrent autant de portes d'entrée à la pénétration des parasites pyogènes et les y retiennent d'autant plus facilement emprisonnés.

Nature du tissu où s'est implanté le chancre. — Partout où la peau sera plus fine, et plus délicate, où le tissu cellulaire sera plus abondant et plus lâche, le processus ulcératif se fera d'autant plus facilement. Les anciens avaient déjà remarqué la tendance particulière au phagédénisme du chancre ganglionnaire.

Structure anatomique du chancre. — Pourquoi le phagédénisme se rencontre-t-il beaucoup plus fréquemment avec les accidents tertiaires, avec le chancre mou ? C'est parce que ces ulcères se creusent au dépens même des tissus, dans l'épaisseur du derme, et la preuve en est dans les cicatrices souvent profondes qu'ils laissent à leur suite.

Pourquoi au contraire est-il beaucoup plus rare avec l'accident primitif ?

Parce que cet accident est un véritable néoplasme, créé par la syphilis, que l'ulcération chancreuse se fait uniquement aux dépens de ce néoplasme morbide qui seul lui sert de pâture, suivant l'expression de Ricord, et ne pénètre pas jusqu'aux tissus sains sous-jacents, la preuve

en est dans l'absence complète de cicatrice laissée par le chancre. Il ne s'agit là que d'un pseudo-phagédénisme. On comprend dès lors que cette ulcération néoplasique, de nature pathologique, constitue un milieu de culture très-défavorable pour les parasites étrangers.

Mais que pour une des causes, soit générales, soit locales que nous avons énumérées, l'ulcération dépasse le néoplasme et se creuse dans les tissus sains, le chancre syphilitique se trouvera dès lors dans les mêmes conditions que le chancre mou ou les lésions tertiaires ; il offrira un terrain beaucoup plus avantageux aux micro-organismes ; en un mot il deviendra *phagédénisable*, qu'on nous passe l'expression. Voilà encore une raison qui explique l'impossibilité presque matérielle pour un chancre érosif de devenir phagédénique.

On peut aussi, de ce qui précède, tirer cette déduction qu'un chancre syphilitique sera d'autant plus ulcéreux, que son noyau d'induration sera plus considérable, qu'il le sera d'autant moins que la sclérose primitive aura été moindre : c'est le cas du chancre érosif ; aussi est une exceptionnelle rareté que de le voir se compliquer de phagédénisme.

IV

DESCRIPTION CLINIQUE

Cliniquement au point de vue du phagédénisme, le chancre syphilitique présente deux variétés :

1° L'exagération du processus ulcératif peut se faire en profondeur : *variété ulcéreuse, rongeante*.

L'ulcération alors tend à devenir cavitaire ; anfractueuse, perforante : elle entame les tissus, les creuse, les excave, les détruit de leur surface à leur profondeur, à la façon, dit M. Fournier, du travail corrosif de certains insectes qui s'enfouissent dans le bois à mesure qu'ils le dévorent. C'est là le phagédénisme térébrant.

2° L'exagération du processus ulcératif peut se faire au contraire tout en surface : *variété érosive, superficielle*.

Cette forme, que nous allons décrire en détail, consiste comme son nom l'indique, dans un mode de destruction remarquablement superficielle qui s'étend sur les portions plus ou moins considérables de tégument, mais qui s'y étend sans faire entamure, en les effleurant, en les exoriant, plutôt qu'en les ulcérant à proprement parler (Fournier). C'est là le phagédénisme dit extensif.

Mais, quelle que soit la variété à laquelle il appar-

tienne, le chancre syphilitique, devenu phagédénique, conserve, ordinairement pour la forme ulcéreuse, *toujours pour la forme superficielle*, la physionomie, l'expression générale, les attributs de la lésion dont il dérive.

Est-ce un chancre ulcéreux, qui a été le point de départ du phagédénisme, on trouvera, tout au moins sur une partie, sur un coin de la lésion, ses caractères habituels. On sait que, dans sa forme ulcéreuse, il offre généralement des bords relevés, saillants, soulevés par le néoplasme d'induration sous-jacente, un peu moins rouges que les tissus voisins en raison de la tension de la muqueuse sur un noyau d'induration exubérant ; ces bords se raccordent presque toujours sans interruption, sans ressaut, sans arête, avec le fond de l'ulcération ; ils s'abaissent vers ce fond par une pente insensible, de façon que la lésion totale représente plus ou moins une sorte de godet, de cupule.

Très commune chez l'homme, cette forme du chancre, ne se rencontre chez la femme que d'une façon bien plus rare ; ce qui explique, comme conséquence naturelle, que le chancre phagédénique ulcéreux est pour ainsi dire inconnu chez la femme.

Est-ce au contraire un chancre érosif qui a été la lésion originelle, primordiale du phagédénisme, nous devons reconnaître sur cette lésion, *devenue phagédénique*, les attributs de la forme érosive du chancre syphilitique.

Or, fait d'une grande importance, huit fois sur dix, au moins chez la femme le chancre se présente sous la forme érosive, ou exulcéreuse, se bornant à dénuder le derme. Si bien que M. Fournier n'hésite pas à affirmer que le

chancre érosif est le type habituel du chancre féminin.

Comme conséquence, *le chancre phagédénique érosif se rencontre surtout chez la femme, tandis que le chancre phagédénique ulcéreux se rencontre surtout chez l'homme.*

Ce fait ressort des cas que nous rapportons dans notre thèse, bien que portant sur un nombre minime : sur 4 cas, trois fois le phagédénisme est relatif à la femme, 1 fois à l'homme.

Abordons maintenant l'étude clinique des caractères qui sont propres au chancre phagédénique érosif superficiel.

Il ne faut pas s'attendre, et loin delà, à y rencontrer au grand complet tous les caractères du chancre syphilitique typique. Quelques-uns seront très-atténués, plusieurs, et des plus importants, feront défaut. C'est donc une variété de chancre syphilitique tout à fait *atypique* : il en résulte qu'elle sera d'un diagnostic très-difficile, en plus de sa rareté.

Dans cette étude nous mettons sans cesse en regard, en parallèle, les caractères du chancre type et ceux modifiés de la forme érosive.

Deux phénomènes essentiels sont l'apanage du chancre syphilitique : 1° L'infiltration néoplasique du derme constituant un épaissement local, une induration ; 2° un processus érosif de la surface tégumentaire.

Ces deux phénomènes marchent généralement d'un pas égal et sont d'ordinaire proportionnés l'un à l'autre, c'est-à-dire que plus l'induration sera considérable plus le processus érosif sera marqué. Avec le chancre érosif phagédénique ils sont profondément modifiés.

Induration. — A mesure que la papule initiale du chancre syphilitique se développe il se forme une infiltration, un dépôt plastique qui nettement circonscrit à l'aire de la lésion, constitue sous cette lésion une sorte d'assise ou de base résistante. C'est en un mot ce signe précieux que l'on appelle induration.

Il n'est pas inutile de rappeler brièvement en quoi consiste, *au point de vue anatomo-pathologique*, l'*induration chancreuse*. Elle résulte de l'action combinée de deux ordres de lésions : 1° lésions du tissu conjonctif du derme ; 2° lésions des vaisseaux.

Ces lésions relèvent d'un processus commun, à savoir la sclérose.

Dans toute préparation de chancre on trouve en effet constamment des modifications des cellules du revêtement épidermique, une hypertrophie papillaire aux bords du chancre et, dans tout le tissu conjonctif sous-jacent, une infiltration du réseau papillaire et du derme par des cellules embryonnaires, une inflammation avec exsudat. Les cellules plates, ou cellules fixes, interposées aux faisceaux de fibres, sont tuméfiées et en prolifération. Les fibres mêmes du tissu conjonctif sont bien conservées, peut-être même sont-elles épaissies, d'où résulte la résistance spéciale du derme.

Plus importantes encore sont les lésions des vaisseaux. Elles consistent dans un épaississement scléreux inflammatoire des tuniques des vaisseaux artériels et veineux, portant surtout, sur leur membrane externe ou adventice. Toute la portion externe de la membrane moyenne et la membrane externe sont considérablement

accrues et infiltrées de cellules embryonnaires, de nouvelle formation, entre les fibrilles du tissu conjonctif. De plus, le tissu conjonctif voisin en est également rempli de telle sorte que le vaisseau tout entier est accompagné d'une zone inflammatoire considérable.

C'est la sclérose vasculaire qui prend la plus grosse part dans l'induration.

L'induration est tantôt superficielle, tantôt profonde en même temps que superficielle et cela est en rapport avec la disposition des vaisseaux (Cornil).

Lorsque la sclérose intéresse seulement le réseau vasculaire superficiel (réseau sous-papillaire) on a affaire à une induration superficielle. Si la sclérose a envahi également le réseau profond (réseau sous-dermique), les branches intermédiaires étant également prises, on a un noyau dur d'une épaisseur plus considérable.

Et bien, dans le chancre érosif superficiel, le réseau vasculaire des papilles, est seul intéressé, sclérosé. Il s'en suit que loin d'y rencontrer l'induration noueuse, calleuse, si caractéristique du chancre type, *on ne trouve avec le chancre érosif qu'une induration en surface, lamelleuse.*

Ce n'est plus qu'une induration très-atténuée. On la compare à celle d'un parchemin qu'on essaye de ployer entre les doigts (induration parcheminée). Souvent elle est moindre encore, d'une excessive minceur, comparable à ce que serait une feuille de papier doublant l'érosion chancreuse (induration foliacée).

Aussi cette induration rudimentaire peut passer inaper-

gue et l'on risque de prendre un chancre érosif phagédénique pour une lésion banale, inoffensive.

Il faut, pour la trouver et la sentir, certains artifices de toucher, une certaine façon de la rechercher que l'on doit connaître. « Il faut, comme le recommande M. Fournier, saisir le chancre parallèlement, aux extrémités même d'un de ses diamètres, tout près de sa circonférence ; saisir le chancre superficiellement comme si l'on voulait le soulever, le détacher pour ainsi dire des parties sous-jacentes ; le chancre étant saisi de la sorte, exercer sur lui une certaine pression d'une extrémité à l'autre d'un de ses diamètres, en recherchant si, dans cet effort d'opposition des doigts, on perçoit une résistance anormale.

Un autre mode consiste à rouler entre ses doigts la portion de peau ou de muqueuse qui supporte l'érosion chancreuse. »

Déjà, par définition, le chancre érosif phagédénique ne peut offrir qu'une très faible induration. Cette induration deviendra nulle pour ainsi dire quand ce chancre affectera tel ou tel siège que nous allons préciser : les petites lèvres, le capuchon, le gland du clitoris, l'infundibulum vulvo-vaginal (fourchette, fosse naviculaire, vestibule, caroncules hyménéales).

Etant donné un chancre phagédénique érosif de ces régions, il ne faut donc pas chercher dans l'induration un élément de diagnostic : il faut au contraire n'y pas compter, et se garder de tabler sur son absence pour éliminer toute idée de chancre.

Erosion. — Superficielle autant qu'il est possible, elle semble produite par l'abrasion des premières assises épi-

théliales de l'épiderme : elle ne fait que l'effleurer seulement à l'instar d'un herpès, d'une égratignure, du traumatisme le plus léger, le plus bénin.

Le microscope démontre en effet que les lames superficielles de la couche cornée ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'elles sont à l'état normal : seulement elles sont soulevées et leurs couches sont dissociées par les altérations des couches inférieures de l'épiderme corné où l'on trouve souvent des cavités contenant des cellules lymphatiques ou une infiltration en nappe de cellules lymphatiques interposées entre des rangées de cellules épidermiques.

Couleur. — Nous ne saurions trop insister sur ce caractère du chancre phagédénique érosif, car c'est la couleur qui commande le diagnostic : elle est en effet pour ainsi dire pathognomonique.

Elle se présente sous l'un des aspects suivants.

Tantôt elle est franchement rouge, couleur de chair musculaire ou comparable à la surface d'un vésicatoire récent. Tantôt elle est rose mélangée de jaune, jaunâtre.

Tantôt elle est grisâtre, d'un gris sale, terne ou légèrement ardoisé, rappelant la nuance de certaines productions diphtériques.

Cette coloration est due à un exsudat pelliculaire ou pseudo-membraneux, mince et demi transparent qui tapisse le fond de la plaie et lui adhère assez intimement pour n'en pouvoir être détaché.

Cette pellicule n'est habituellement pas assez étendue pour masquer complètement la couleur rouge du chancre : il est fréquent de rencontrer les couleurs rouge et grise,

associées et différemment mélangées à la surface du même chancre.

La couleur rouge résulte de l'état particulier du derme traversé par des vaisseaux sclérosés et congestionnés, infiltré de cellules embryonnaires. La couleur grise relève au contraire de l'intensité plus ou moins grande de la desquamation : la chute facile, la destruction de l'épithélium donnent naissance au chancre rouge par la mise au jour de la coloration du derme ; le développement excessif de la couche épithéliale, le manque de desquamation à la coloration grise.

Aspect général. — De ce qui précède, il résulte que l'érosion produite par le chancre phagédénique que nous étudions, est absolument plate, *plane* ; qu'elle est au même niveau que les parties environnantes, qu'elle est quelquefois surélevée au-dessus d'elles par suite de l'épaississement du derme. On a dans ces dernières années fortement critiqué la vieille dénomination de chancre appliqué à l'accident primitif de la syphilis : un chancre, pour beaucoup de gens, ne peut être qu'un ulcère rongeur, largement destructif. Moins qu'à tout autre, le mot de chancre ne conviendra donc à la forme érosive.

Bords. — Que peuvent être les bords d'une érosion qui se contente de détacher les premières cellules de la couche cornée, qui se trouve de plain-pied avec le tissu ambiant ?

Ils n'existent pas, ils ne peuvent pas matériellement exister. Ils sont représentés par la ligne, le tracé qui marque la séparation entre le tissu sain et le tissu chancreux : et cette ligne n'est figurée elle-même que par la différence de coloration de ces deux tissus.

Que l'on prenne un pinceau et que l'on étende avec ce pinceau un peu de couleur rouge sur une partie de tégument, et l'on aura l'idée et l'aspect de ce que peut être un chancre érosif phagédénique.

Fond : est naturellement lisse, uni, égal, tellement uni même, en bon nombre de cas qu'il en est reluisant, irisé, quelquefois il est finement granuleux, comme l'est la coupe d'un poumon hépatisé.

On le voit assez souvent, avons-nous dit, se recouvrir d'un enduit blanchâtre sous forme d'une pellicule ou d'une pseudo-membrane ; si l'on détache cette pellicule, on retrouve l'aspect lisse et rouge du chancre qui saigne alors légèrement par suite de la rupture de quelques capillaires.

Quand le chancre n'est pas protégé du contact de l'air, le liquide peu abondant qu'il fournit se concrète en une croûte mince, d'un brun pâle ou quelquefois colorée par un mélange de sang. C'est dans les régions pileuses que le chancre se recouvre le plus volontiers d'une croûte : jamais sur les surfaces muqueuses, où il est constamment humidifié par les liquides, par les sécrétions propres à ces tissus.

Sécrétion : est peu abondante, bien moindre que celle qui résulte d'un traumatisme ou de l'application d'un vésicatoire. Cette sécrétion est moins du pus véritable que de la sérosité mêlée de pus. C'est un liquide grisâtre ou gris-jaunâtre, ténu, louche, non lié qui ne ressemble en rien au pus louable des chirurgiens. Il n'est guère que le chancre ulcéreux qui fournisse du véritable pus.

Cet état de sécheresse habituelle du chancre érosif est

une de ses caractéristiques ; le professeur Leloir (de Lille) a montré qu'en pressant un chancre syphilitique entre les deux doigts c'est à peine si l'on augmente l'humidité de sa surface : si l'on soumet au même mode d'exploration une ulcération d'autre nature, celle par exemple qui succède à un vésicule d'herpès, on voit très rapidement perler à la surface de celle-ci, sous forme de gouttelettes, une sérosité abondante.

Il y a dans ce *signe de l'expression* du suc un élément de diagnostic qu'il ne faut pas négliger dans les cas douteux.

Le liquide fourni par la surface du chancre érosif laisse voir, à l'examen microscopique, quelques globules de pus, des granulations fines protéiques ou graisseuses, des cellules cornées, et quelques rares cellules des corps muqueux de Malpighi (n'oublions pas que l'érosion ne dépasse presque jamais la couche de cellules granuleuses ; à plus forte raison n'y trouve-t-on jamais ni fibres élastiques, ni débris de tissu conjonctif qu'il est de règle de trouver à la surface de la chancelle, comme Balzer l'a montré). Il renferme encore des productions végétales ou vibrioniennes, très abondantes surtout le jour de l'arrivée des malades, avant que le chancre ait été soumis à aucun nettoyage ou pansement.

On peut aussi y rencontrer ce bacille que Lustgarten a considéré comme la caractéristique des lésions syphilitiques : ce bacille est aujourd'hui plus que discuté, il suffit pour être édifié sur son peu de valeur, de lire les critiques du professeur Cornil et de M. Alvarez.

Configuration. — Devenu phagédénique sous l'influence

des causes que nous connaissons, le chancre syphilitique érosif peut revêtir les modes de configuration les plus variés, qui ne rappelleront que de loin la forme régulièrement circulaire du chancre type.

Tantôt son extension se fait au hasard : on le voit alors se porter sur un point, puis sur un autre, prendre une direction, puis l'abandonner, en vertu de conditions imprévues, latentes, impénétrables.

Tantôt il procède par rayonnement centrifuge, excentrique, qui s'étend autour d'un point pris comme centre : il en résulte des zones d'envahissement secondaires, tantôt circinées, tantôt dentelées qui donnent à l'ensemble du graphique un aspect sinueux, polycyclique.

Mais quel que soit son mode d'extension, le chancre érosif, phagédénique, conserve toujours, comme nous l'avons dit, les caractères, les attributs essentiels de la lésion primordiale, à savoir la superficialité, la couleur.

C'est la forme seule qui change dans ses contours, dans sa configuration, soumise non seulement aux caprices du phagédénisme, mais encore du siège où s'est développé le chancre.

Sur le mont de Vénus, comme du reste sur toutes les portions cutanées de la vulve, et notamment sur les parties recouvertes de poils, il prend souvent la forme croûteuse.

Aux grandes lèvres, il s'allonge verticalement suivant le grand axe de la région.

Aux petites, de même, s'étendant sur le clitoris et le capuchon, et pouvant redescendre sur la lèvre du côté opposé.

Au sein, il pourra contourner le mamelon et envahir toute l'aréole, etc., etc.

Adénopathie. — Se retrouve ici avec ses caractères habituels : indolente, aphlegmasique, souvent dure, très-ordinairement polyganglionnaire, formant ce que Ricord appelait une pléiade, s'accompagnant parfois de cordons de lymphangite, intermédiaires à elle et l'érosion chancreuse.

ÉVOLUTION

Marche. — Peut être rapide, sans toutefois jamais atteindre le caractère aigu que l'on observe avec les lésions tertiaires ou avec le chancre mou.

Son allure est généralement *lente*, torpide, c'est en réalité celle d'un chancre qui au lieu de se réparer et de se cicatriser dans les délais normaux, continue de s'accroître, de s'étendre insensiblement.

Durée. — Est naturellement très variable. Il est des cas d'abord où l'évolution se fait d'une façon saccadée : tantôt l'érosion progresse, et tantôt elle reste stationnaire, pour reprendre tout à coup et sans cause appréciable un essor nouveau. Il en est d'autres où en pleine voie de développement, alors qu'il semble le plus disposé à s'accroître, le phagédénisme guérit subitement.

Aussi faut-il toujours se tenir en défiance vis-à-vis d'un chancre phagédénique, tant qu'il reste un coin de la plaie ouvert et par suite exposé à une contamination nouvelle.

PRONOSTIC

Le pronostic du chancre phagédénique érosif est bénin. En général, il se modère et se limite hâtivement, surtout alors qu'il est combattu à temps par une médication appropriée et les agents antiseptiques.

Jamais, quelle qu'aura été son étendue, il ne laissera après lui de cicatrice véritable, tout au plus une macule blanchâtre entourée d'une auréole pigmentée, sinueuse. Le pronostic dépendra surtout du terrain individuel. Rappelons-nous que certains facteurs, l'âge avancé, l'alcoolisme, la grossesse, la misère, la tuberculose impriment à la syphilis un caractère de gravité, de malignité particulière.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du chancre syphilitique phagédénique érosif présentera toujours une grande difficulté.

Vu d'abord son extrême rareté : c'est un chancre que l'on est exposé à méconnaître, à prendre pour une lésion sans importance, banale, inoffensive, si l'on n'est pas prévenu, parce qu'on n'y pense pas, parce que même on ne se doute pas de son existence.

Vu ensuite l'atténuation, la modification de plusieurs des caractères principaux que l'on est habitué à constater sur le chancre syphilitique type.

Ainsi l'*induration* le plus frappant entre tous puisqu'il sert à qualifier l'accident primitif, celui qu'on s'empresse de rechercher avant tous les autres signes, que devient-elle avec le chancre phagédénique érosif ? Bien peu de chose : Parcheminée dans quelques cas, bien plus souvent encore foliacée, papyracée : à ce degré il faut un doigt très exercé pour la percevoir, et à ce degré-là sa valeur n'est plus que contingente.

L'érosion. — Mais l'érosion avec la physionomie objective que nous lui avons décrite, est bien peu faite pour éveiller l'idée de chancre : nous dirions plutôt qu'elle invite à la rejeter.

Où retrouve-t-on, dans l'érosion du chancre phagédénique, la forme régulièrement circulaire ou ovulaire du chancre type. Les dimensions de ce dernier ne dépassent généralement pas le diamètre d'une pièce de 0,50 c., 1 franc, 2 francs. Le propre au contraire de notre chancre est de s'étaler sur de larges surfaces, toute une grande lèvre par exemple, de s'étendre au gré de son caprice sur un point ou sur un autre, de manière à prendre un aspect sinueux géographique, bien propre à dérouter la vue !

Si peu profonde que soit l'ulcération du chancre, elle existe cependant, on l'apprécie à l'œil comme on apprécie celle d'un godet ; souvent même le tissu néoplasique se creuse d'avantage. Avec le chancre phagédénique à peine une desquamation légère et c'est tout, voire même un exhaussement de sa surface.

La *couleur* heureusement nous reste intacte ; elle devient en l'espèce le signe majeur, celui qui tranchera le diagnostic, le seul sur lequel il faudra compter et tabler. Elle a une valeur presque pathognomonique dans ce cas particulier.

Il nous reste encore l'adénopathie, fidèle au chancre, quelle que soit sa forme, comme l'ombre l'est au corps, la pléiade de Ricord.

Ce sont sur ces deux signes, la couleur et l'adénopathie polyganglionnaire que nous appuierons surtout, en présence d'affections susceptibles de causer une erreur par leur ressemblance avec le chancre phagédénique crosif.

CHEZ LA FEMME.

Il en est de nombreuses.

Erosion traumatique. — C'est certainement l'erreur qu'on est le plus exposé à commettre. Une femme (et l'on connaît la force de dissimulation chez la femme en matière de syphilis) montre au médecin non prévenu une érosion plus ou moins étalée, peu profonde, sur une des grandes lèvres : elle raconte qu'elle a eu une « petite écorchure, une égratignure », que cette écorchure la démangeait, elle s'est grattée, et que la plaie s'est envenimée. Elle est allée prendre conseil de son pharmacien, lequel lui a remis une pommade, une poudre quelconque, et comme cette poudre ou cette pommade ne lui a rien fait, elle s'est décidée à venir consulter.

Neuf fois sur dix, telle est l'histoire. Comme d'ailleurs la malade n'y attache aucune importance et comme elle n'en souffre pas, le médecin, après un rapide examen, prescrit des grands bains, des lavages locaux émollients, etc...

Mais huit jours après elle revient et se plaint cette fois, s'inquiète que ça ne guérisse pas, que ça ne passe pas. Étonné qu'une plaie simple persiste si longtemps, le médecin, chez qui s'éveille immédiatement l'idée de chancre, fait une enquête en ce sens.

A ce moment surgissent de nouvelles difficultés. Car il va palper le chancre et l'induration fera défaut, et grand alors sera son embarras, car pour beaucoup l'induration

est la condition *sine qua non* du chancre syphilitique.

Mais, s'il prend garde, la couleur particulière de la plaie le frappera immédiatement : nulle plaie ne peut avoir cette couleur rouge, chair musculaire, que l'on reconnaît au premier coup d'œil, pour peu que les ulcérations syphilitiques vous soient un peu familières.

En pressant sur les aînes il trouvera, du côté correspondant à la lésion, une adénopathie sympathique qui enlèvera ses derniers doutes.

Eczéma. -- Est très fréquent aux organes génitaux chez la femme et lorsqu'il se limite à un département de ces organes, soit cutané, soit muqueux, il est bien difficile à distinguer d'un chancre phagédénique érosif.

Qu'observe-t-on dans ce cas ? A la suite de démangeaisons répétées, accompagnées de grattage, la peau s'est excoriée, la surface en est érodée, rouge et suintante : chaque jour de nouvelles excoriations s'ajoutent aux anciennes et la plaie s'agrandit insensiblement par sa périphérie. Au total, même surface entamée superficiellement, mêmes contours sinueux à extension centrifuge, même couleur au moins en apparence, que le chancre phagédénique érosif. Car, si l'on y regarde attentivement, la couleur de l'eczéma est rouge vif, inflammatoire et non rouge sombre, rouge cuivré, jambonné comme dans la syphilis. Il n'y a pas autour du chancre de ces petites excoriations que l'on observe presque constamment à la périphérie de la surface eczémateuse, et qui en sont comme l'avant-garde. Peut-être même, du moins sur la peau, aura-t-on le bonheur de trouver au milieu d'elles une ou deux vésicules miliaires, auquel cas on pourrait

affirmer le diagnostic. En outre, l'eczéma, et c'est là une de ses caractéristiques, suinte abondamment, et suinte une sérosité claire, transparente, et collante aux doigts : la surface chancreuse au contraire est presque sèche, la sécrétion en est minime.

Enfin il est un détail qui pourrait faire pencher la balance. Ces eczémas circonscrits des organes génitaux, nous avons appris à les connaître depuis les remarquables leçons faites par M. Fournier sur ce sujet, sont très souvent symptomatiques du diabète, avant même que les grands symptômes de cette affection, la polydipsie, la polyurie, la polyphagie aient éveillé la sollicitude du malade. Si donc prévenu de cette coïncidence on pratique l'examen des urines et qu'on y trouve du sucre, c'est bien l'eczéma qui est en cause.

L'eczéma peut aussi provoquer des adénites, mais qui ne ressentent en rien à la pléiade indolente, multiple du chancre.

Syphilides eczématiformes. — Certaines syphilides se propagent quelquefois à des étendues considérables de surfaces tégumentaires, tout en conservant comme expression anatomique une forme simplement érosive, tout au plus excoriative et exulcéreuse. M. Fournier a observé un cas de syphilide de ce genre occupant tout le cuir chevelu, le front, les oreilles, la nuque et une partie du cou, cette syphilide était tellement superficielle qu'on aurait pu la prendre au premier coup d'œil pour un eczéma ; on ne pouvait lui donner d'autre nom que celui de syphilide eczématiforme phagédénique.

Dans un autre fait identique un jeune étudiant en mé-

decine avait tout le crâne, une portion du visage, l'oreille correspondante et le cou absolument couverts d'une syphilide croûteuse à marche phagédénique.

Pour peu qu'une syphilide de ce genre soit localisée aux organes génitaux, on peut juger de la double difficulté du diagnostic. Nous venons de voir comment il faut éliminer l'eczéma. Quant à savoir s'il s'agit d'un chancre phagédénique ou simplement d'une syphilide il faut se rappeler que l'accident primitif seul s'accompagne de la pléiade ganglionnaire, que l'on ne retrouve jamais avec les lésions secondaires ou tertiaires.

Chancre intertrigineux. — Il arrive assez souvent qu'un chancre syphilitique siégeant dans un des plis de la peau provoque par le contact de la stagnation du pus qu'il secrète, une vive irritation de la peau qui se traduit par la dénudation de l'épiderme, de la rougeur, des excoriations, un suintement abondant.

Il ne faudrait pas appliquer à cette variété chancreuse l'épithète de phagédénique et la meilleure preuve est que par l'interposition d'une simple mèche de charpie on arrête immédiatement ce pseudo-phagédénisme.

Vulvite érosive. — Pourrait être confondue avec un chancre érosif phagédénique.

Elle se traduit en effet par des érosions à la fois multiples et superficielles, au point de consister seulement en de simples desquamations épithéliales, qui en se réunissant les unes aux autres donnent lieu à des surfaces à contours sinueux et géographiques, qui s'étendent de proche en proche, insensiblement.

Cependant, elle s'accompagne généralement de phéno-

mènes inflammatoires de réaction locale, habituellement très accentués et patents : tuméfaction œdémateuse des lèvres, rougeur générale des parties, douleurs vives, supuration abondante d'aspect blennorrhagique. De plus les commémoratifs apprennent la marche aiguë de l'affection qui ne rappelle en rien l'évolution torpide du chancre alors même qu'il devient phagédénique.

Lupus érythémateux. — Est caractérisé par une coloration rouge violet de la peau de la vulve, des grandes lèvres, du mont de Vénus, sans pustules, sans vésicules, sans tubercules ; l'aspect général est luisant, les parties atteintes sont le siège d'une desquamation sèche, en écailles.

L'évolution fixera le diagnostic : le développement du lupus érythémateux peut être rapide au début, mais bien plus souvent il se fait plus lentement, plus insensiblement que celui du chancre syphilitique, et lorsqu'un malade vient consulter il a son lupus depuis six semaines, six mois et davantage, durée qui excède de beaucoup celle du chancre.

Il est généralement symétrique, en ailes de papillon, tandis que le phagédénisme est de nature capricieuse, irrégulière. Il ne s'accompagne jamais de ganglions et la surface en est toujours écaillée, pytiriasique, et non dénudée, érodée comme celle du chancre.

Herpès. — Ne simulera pas évidemment un chancre phagédénique lorsqu'il se présente, comme dans les cas types, sous forme de vésicules groupées en bouquet, et reposant sur un plateau érythémateux, œdématié, les unes gonflées de sérosité, les autres devenues croûteuses ;

mais il pourra le simuler dans ces cas où on l'examine à l'état d'érosions confluentes, donnant lieu, par leur coalescence, à des surfaces rouges, dépouillées de leur épithélium, limitées par des bords festonnés, géographiques s'étendant chaque jour par l'adjonction de nouvelles érosions ; d'autant que ces herpès s'accompagnent régulièrement de pléïades ganglionnaires.

Le diagnostic peut être alors d'une grande difficulté. Il faut absolument rechercher une vésicule isolée ou un groupe de vésicules alentour de la vulve, sur le col, sur les parois du vagin, à l'anus. Le contour de l'érosion herpétique est toujours, à de rares exceptions près, marqué d'un liseré rouge vif, rouge carmin, que l'on ne trouve jamais avec le chancre ; il est plus régulièrement polycyclique.

Enfin l'herpès est une lésion prurigineuse qui provoque des sensations d'ardeur, de feu local, d'endolorissement avec irradiations dans les cuisses, les lombes, l'anus, etc... Encore, ne faut-il pas oublier la coïncidence fréquente de l'herpès avec le chancre.

Psoriasis.— Avec détermination isolée de la vulve. Mais, outre que le fait est très rare, le psoriasis ne s'étend que fort peu ; il a une couleur propre, bien différente de celle de la syphilis, il s'accompagne de prurit, d'une desquamation abondante sous forme de larges écailles sèches, brillantes, micacées, que le chancre syphilitique ne pourrait fournir. Enfin, absence complète d'adénopathie.

CHEZ L'HOMME.

Le diagnostic se fera d'après les éléments que nous avons indiqués déjà chez la femme, avec l'érosion traumatique, l'eczéma, l'herpès, etc.; mais ce sont surtout les différentes balanites qui peuvent être l'occasion d'erreurs.

Balanite simple. — Les lésions produites par cette variété de balanite ne sauraient être véritablement prises pour un chancre phagédénique érosif. Elles s'accompagnent de gonflement, chaleur, endolorissement des parties enflammées : les excoriations n'ont aucune physionomie spéciale; elles sont polymorphes, essentiellement variables dans leurs dimensions, leur couleur, leur profondeur et aussi dans leurs contours; elles naissent et disparaissent sur place; aucune n'est douée d'un principe vivant, actif, qui lui permette par elle-même de s'étendre et de gagner les parties environnantes.

Balanite érosive circinée. — Il n'en est plus de même pour cette balanite qui a été récemment décrite par MM. Berdal et Bataille, internes à l'hôpital Saint-Louis. Cette forme de balanite « développe des érosions remarquablement superficielles, à fleur d'épiderme; elles offrent un fond lisse, de couleur rouge vif, humecté par une sérosité louche. Une fois formées, elles manifestent une *tendance extensive, centrifuge*, c'est-à-dire qu'elles continuent de s'élargir d'une manière régulière. Tantôt la disposition des parties déforme l'érosion qui devient allon-

gée, ovulaire, elliptique. Tantôt la ligne marginale est interrompue par des centres secondaires d'envahissement qui dessinent des circonférences incomplètes. Que plusieurs érosions se réunissent, il en résultera une surface plus ou moins régulière à bords sinueux, festonnés. »

Si l'on ajoute que cette balanite s'accompagne assez fréquemment de lymphites et de polyadénites que les auteurs, à cause de leur ressemblance, qualifient de pseudo-syphilitiques, on conçoit très bien la possibilité d'une confusion avec le chancre phagédénique érosif.

Cependant il est des caractères différentiels. Les érosions de la balanite circinée ont leur contour figuré par un mince *liseré blanchâtre*, extrêmement friable, qui paraît comme soulevé et retroussé en dehors : la couleur blanche de cette sorte de bourrelet formé par des cellules épithéliales désagrégées tranche d'une part sur le fond rouge de l'érosion, d'autre part sur la teinte violacée de la muqueuse saine. Autour de l'érosion principale on voit généralement des petites érosions secondaires, ou de taches blanches au niveau desquelles les cellules ramollies forment une sorte d'enduit, de magma qui saute au moindre attouchement, tantôt d'un bloc en une mince pellicule, tantôt en grumeaux s'écrasant sous le doigt et laissant à leur place une érosion.

De plus la balanite érosive circinée est auto-inoculable et inoculable en série à d'autres sujets. La sécrétion renferme, entre autres micro-organismes, une spirille qui ne se rencontrerait jamais dans le pus du chancre érosif.

Balanites chroniques. — Lorsqu'une balanite, de quelque nature qu'elle soit d'ailleurs, tarde à se guérir, qu'elle

tend à passer à l'état chronique, souvent, sous l'influence de cette inflammation prolongée, il se produit de l'épaississement, de l'induration du prépuce, tantôt en masse, tantôt limités. Si l'on joint à cette induration que la muqueuse est rouge, desquamée, érodée, que les ganglions se tuméfient, que l'on peut même trouver des cordons de lymphangite, on comprendra que la confusion puisse être faite avec un chancre superficiel de large surface.

Le traitement local pourra seul donner la clef du diagnostic. Avec quelques badigeonnages au nitrate d'argent et de la vaseline à l'oxide de zinc, des bains, une balanite doit guérir en quelques jours. Un chancre induré ne guérira jamais aussi vite, alors même qu'il sera des plus superficiels.

TRAITEMENT

TRAITEMENT PRÉVENTIF.

Le traitement tire ses indications de tout ce qui précède. Il sera préventif, local, général.

Nous nous sommes efforcés de démontrer qu'un chancre n'est jamais d'emblée phagédénique, mais qu'il le devient par contamination, par septicité.

Il faut donc prévenir le phagédénisme en protégeant le chancre contre l'invasion des microorganismes étrangers, et pour cela pratiquer l'occlusion de la plaie, soit par un pansement humide, le vin aromatique par exemple, la solution de sublimé, la solution résorcinée, la solution phéniquée, la liqueur de Labarraque ; ou par les emplâtres mercuriels, emplâtre rouge, ou emplâtre de Vigo ; ou encore par une pommade, pommade au calomel ; enfin par les poudres, iodoforme, salol, aristol.

En un mot pratiquer l'antisepsie préventive de la plaie chancreuse.

TRAITEMENT LOCAL.

A-t-on affaire à un chancre phagédénique, c'est-à-dire envahi par les microbes septiques, c'est à détruire cet

élément septique qu'il faut employer tous les efforts de la thérapeutique.

Tout d'abord commencer par nettoyer, déterger l'ulcère. La *balnéation prolongée et répétée* donne des résultats excellents dans toutes les variétés de phagédénisme et en particulier dans celui du chancre syphilitique : grand bain quotidien, tiède, d'une heure à deux heures, dans lequel on aura fait dissoudre quelques grammes d'acide borique : bains locaux, avec décoction de guimauve, fomentations émollientes.

Si la surface du chancre est recouverte d'une pellicule diphtéroïde, se garder d'y toucher, de l'arracher : d'une part, c'est une précaution inutile, car elle se reformera constamment tout comme pour la diphtérie ; d'autre part, c'est une manœuvre, qui, répétée pourrait irriter violemment le chancre et exciter le phagédénisme.

Si au contraire l'érosion chancreuse est cachée par une carapace crouteuse, il faut immédiatement l'arracher ou la ramollir par des cataplasmes ou des compresses de tartinade imbibées d'un liquide tiède, ou encore des pulvérisations. En effet, la croute retient et emprisonne les liquides sécrétés par le chancre, condition des plus favorables à la pullulation des bactéries.

Ces précautions hygiéniques préparatoires étant satisfaites, pratiquer avec soin un pansement occlusif avec les agents antiseptiques que nous avons indiqués précédemment, maintenus en place soit à l'aide d'un bandage en T. soit avec une simple serviette.

Mais il faut choisir parmi les antiseptiques et rejeter ceux dont l'action topique est *trop irritante*, ou alors

ne les employer qu'en solution diluée, surtout éviter les *cautérisations au crayon de nitrate d'argent*, très souvent nuisibles, entraînant une réaction locale, essentiellement défavorable.

Si le chancre est douloureux, donner la préférence aux onguents, à la vaseline en y incorporant de l'opium, et comme agent antiseptique la résorcine, l'acide borique, l'aristol, qui sont très bien tolérés : rejeter l'iodoforme, le salol, très irritants.

S'il existe une vaginite concomitante, pour éviter que le pus secrété par le col ou le vagin ne vienne continuellement souiller le pansement, il ne faut pas hésiter à fermer le vagin avec un tampon de gaze iodoformée ou phéniquée.

Le tamponnement est encore indiqué quand le chancre est situé sur une des petites lèvres, pour éviter le frottement et le contact. De même s'il siège à la face interne d'une grande lèvre, il faut interposer entre celle-ci et la face correspondante de la grande lèvre voisine un faisceau de brins de charpie, imbibés de l'antiseptique dont on aura fait choix.

Chez l'homme, si le chancre est sous-préputial, il faudra séparer le prépuce du gland par l'interposition d'une mèche de charpie, où s'il est impossible de décalotter, faire des irrigations répétées.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Il va sans dire que le traitement interne antisypilitique devra être institué dès les premiers jours par le mercure à dose courante : 5 à 10 centigrammes de protoiodure quotidiennement. Mais étant donné ce que nous savons du phagédénisme, le mercure a ici une importance, une action bien inférieure à celle de l'antisepsie, et ce serait une grave erreur que de s'en reposer uniquement sur lui pour arrêter le phagédénisme.

N'oublions pas enfin les indications tirées du terrain. Aux alcooliques, proscrire toute boisson excitante, les liqueurs, le café, etc. Aux individus âgés, ou débilités par la misère, les privations, aux femmes qui supportent mal leur grossesse, donner un régime réconfortant, aidé de la médication tonique, ferrugineuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Berthe G... âgée de 18 ans, polisseuse, entrée le 18 juin 1892 à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 5, dans le service de M. le professeur Fournier. Père mort à 47 ans d'une affection pulmonaire chronique; mère bien portante, âgée de 44 ans; cinq sœurs d'une bonne santé. Elle dit avoir beaucoup souffert dans l'enfance, surtout de convulsions.

Il y a 4 jours, elle est sortie de l'hôpital Lariboisière où elle a fait un séjour de 8 jours pour ictère d'origine probablement émotif et qui a disparu aujourd'hui.

La malade entre à l'hôpital pour une lésion de la grande lèvre droite remontant environ à 6 semaines et qui empêche la marche depuis quelques jours seulement. Elle raconte que cette lésion a débuté, dans la troisième semaine après le dernier coït, par un petit bouton qui la démangeait beaucoup et qui, à la suite de grattage, s'est agrandi rapidement, en même temps qu'il est devenu très douloureux.

Elle a consulté un médecin qui lui a ordonné du sirop

de Gibert et des compresses imbibées dans un liquide dont elle ne se rappelle pas le nom.

Etat actuel. — La grande lèvre du côté droit est augmentée de volume (le quadruple au moins de la gauche) : cette tuméfaction se fait surtout au dépens de la face cutanée plutôt que de la face muqueuse. A la palpation, elle donne l'impression d'un œdème inflammatoire, de consistance pâteuse, au sein duquel on différencie, on discerne une zone plus définie, à la façon d'un morceau de carton, d'une carte de visite qu'on y aurait inclus. Cette zone dure, circonscrite, n'est autre qu'un chancre syphilitique occupant toute la moitié supérieure de la grande lèvre et enchâssé par sa base dans son épaisseur. Sa coloration générale est rouge ; d'autre part, on remarque que presque toute la surface cutanée de la grande lèvre est le siège d'une ulcération en nappe, superficielle, érosive, à tendance envahissante, indice d'un sphacèle superficiel n'entamant pas le derme et s'étendant en surface autour de l'érosion chancreuse primitive. Le fond de cette érosion est légèrement saignant et couvert de distance en distance de croutelles peu épaisses et molles. Les contours sont tantôt réguliers et arrondis, tantôt irréguliers et festonnés et formés seulement par l'épiderme sain.

La face muqueuse de la grande lèvre ne présente aucune ulcération, on sent seulement par la palpation l'œdème dur.

Cette lésion s'accompagne d'une adénopathie inguinale caractéristique, bilatérale, mais plus marquée à droite.

Il n'y a aucune lésion constatable du côté de la peau

ni des muqueuses. Pas de céphalée, pas d'alopécie. Légère analgésie du dos des mains et des seins.

Traitement. — Application de pommade au calomel et poudre l'iodoforme; grands bains prolongés, sirop d'iodure de fer.

24 juin. — La surface érosive n'a pas augmenté : la tuméfaction et l'induration, ainsi que la douleur, ont un peu diminué; la coloration est toujours vive, chair musculaire. Les ganglions sont à peu près dans le même état, c'est-à-dire durs et indolents. Sur quelques points de la périphérie, l'épiderme commence à se réparer.

1 juillet. — La lésion est en pleine réparation, l'épiderme est presque partout formé sauf en 3 ou 4 points, où il reste de petites érosions superficielles. Toute la grande lèvre droite est encore le siège d'un œdème dur qui en triple le volume et au sein duquel on sent nettement par la palpation entre deux doigts une induration de l'accident primitif lui-même siégeant à la partie supérieure de la grande lèvre et ayant environ le diamètre d'une pièce de 2 francs.

Toute la grande lèvre présente actuellement une coloration rosée. Pléiades inguinales surtout à droite où l'on sent 3 ou 4 ganglions durs, indolents, du volume d'une amande.

Pas de roséole.

12 juillet. — La cicatrisation est complète : du chancre il ne reste plus qu'une surface violacée, entourée d'une auréole de pigmentation, et complètement sèche.

OBSERVATION II

Moulage n° 297.

Collection particulière de M. Fournier.

Isamb. Albertine, âgée de 18 ans, brunisseuse, salle Saint-Thomas, lit n° 36.

Entrée le 4 août 1877.

Il y a quatre jours seulement que la malade s'est aperçue qu'elle avait quelque chose à la vulve. On trouve à l'examen : 1° Une pléiade ganglionnaire dans l'aîne, et un ganglion dans chaque aisselle ; 2° quelques macules rosées (peut-être roséole naissante) ; 3° une large ulcération chancreuse. Voici la description de cette ulcération.

Lésion de la grande lèvre droite occupant toute sa hauteur et empiétant de 2 travers de doigt sur la région de la fesse : en largeur elle occupe toute la grande lèvre jusqu'à un 1/2 travers de doigt du sillon inguino-crural.

Tuméfaction considérable de toute la grande lèvre qui surplombe de plus d'un centimètre le plan de la grande lèvre du côté opposé.

La lésion se présente sous la forme d'une érosion extrêmement superficielle : ses contours sont irréguliers, tantôt rectilignes, tantôt un peu arrondis et constitués par un léger bourrelet d'épiderme sain ; par places l'épiderme ambiant est légèrement soulevé et comme flétri. Partout ailleurs il est adhérent au derme et la limite des

parties malades avec les parties saines n'est seulement indiquée que par l'opposition de teinte.

La surface malade elle-même présente une coloration variable d'aspect : sur certains points rouge chamois : sur d'autres jaune, gris sale (lard rance); sans entamure profonde, elle est absolument égale. Par places on voit quelques lambeaux épidermiques encore adhérents.

Au pourtour de la lésion la peau présente un léger degré d'infiltration œdémateuse avec coloration inflammatoire rosée.

A la palpation, on pouvait percevoir une induration parcheminée.

OBSERVATION III

Moulage n° 258.

(Collection particulière de M. Fournier).

La lésion occupe : 1° toute la hauteur et les $\frac{4}{5}$ de la largeur de la grande lèvre gauche ; 2° les $\frac{3}{4}$ de la hauteur de la grande lèvre droite sur une largeur variable selon les points considérés.

Grande lèvre gauche. — A première vue la lésion forme une érosion extrêmement superficielle occupant toute la face muqueuse et une grande partie de la face cutanée de la grande lèvre. Celle-ci est tuméfiée, saillante, bombée ; c'est sur sa convexité que la lésion est plus nette formant en ce point une sorte de vernis érosif *absolument superficiel* à la surface du plateau en relief formé par la région.

La lésion est limitée par un contour en arc de cercle très régulier dont la corde aurait pour dimension toute la hauteur verticale de la grande lèvre. La limite entre les portions saines et les portions malades est assez brusque, forme un bourrelet au niveau duquel l'épiderme est recouvert de croûtes et de liquide coagulé.

La surface de la lésion est parfaitement égale, à fond lisse, sans aucune entamure, presque vernissée, d'une couleur rouge vif; par places, elle est recouverte de petites nappes purulentes sur d'autres points, on voit çà et là des petites pustules isolées.

Grande lèvre droite. — De ce côté le contour de la lésion est beaucoup moins régulier qu'à gauche. Il est formé de lignes alternativement droites ou arrondies ou attestant par leur forme même un processus excentrique et serpigneux. Cependant les limites entre les parties saines et les parties malades restent assez tranchées.

Ces limites sont figurées ici encore par un léger bourrelet croutelleux avec soulèvement de l'épiderme.

La lésion présente, comme du côté opposé, une coloration rouge inflammatoire : sa surface est lisse, vernissée, érosive, absolument superficielle, et présente par places quelques croutelles constituées par du liquide puriforme coagulé.

Au pourtour des deux lésions existe, sur une largeur d'un travers de doigt environ, une zone œdémateuse, inflammatoire, d'une coloration rouge violacée.

OBSERVATION IV

Moulage. N° 28.

Collection particulière de M. Fournier.

Sur cette pièce on constate une érosion dont les dimensions sont de 5 centimètres pour le plus grand diamètre en longueur, et de 3 centimètres et demi pour le plus grand diamètre en largeur. Cette érosion siège sur la face dorsale du prépuce : sa forme est celle d'un 8 de chiffre, dont la plus petite boucle regarderait vers le sommet du gland : elle résulte de la fusion de deux érosions primitivement isolées : l'une supérieure, large comme une pièce de 2 francs, l'autre inférieure, comme une pièce de 1 franc, qui en s'étendant excentriquement se sont réunies l'une à l'autre par une sorte d'isthme. Elle est uniformément plate, et même légèrement surélevée, c'est dire qu'elle a entamé à peine les couches les plus superficielles de l'épiderme. Le contour en est assez régulier : les bords en sont constitués par l'épiderme sain. Sa couleur est rouge mélangée de jaune et de gris : on dirait que l'on y a étendu une couche de vernis. Il n'y a pas de gonflement, de rougeur de la peau ambiante, d'aspect normal.

CONCLUSIONS

Il faut distinguer deux variétés de chancre syphilitique phagédénique : l'une, *ulcéreuse*, décrite par tous les auteurs, est très rare ; l'autre, *érosive*, non encore décrite, est une exception, une curiosité pathologique.

La première se rencontre de préférence chez l'homme, la seconde de préférence chez la femme.

Le chancre syphilitique phagédénique n'est jamais phagédénique *d'emblée*, mais il le devient *secondairement*. Il résulte de l'action combinée et successive : 1° du bacille syphilitique qui crée l'érosion chancreuse ; 2° des microbes de la septicité qui la contaminent et la phagédénisent, pour ainsi dire. C'est un de ces faits d'association microbienne, d'infection mixte, aujourd'hui bien connus.

Au point de vue clinique, le chancre phagédénique érosif est un chancre *atypique* : 1° par son phagédénisme même, caractère absolument anormal ; 2° par l'absence presque complète d'induration, réduite à sa plus minime expression, parcheminée, plus souvent même foliacée ; 3° par son extraordinaire superficialité, n'abrasant que les premières cellules épithéliales cornées ; 4° par son contour sinueux, géographique.

Au point de vue du diagnostic : difficulté extrême, par

sa rareté, par l'atténuation de certains signes caractéristiques du chancre type.

La couleur est, en l'espèce, un signe presque pathognomonique.

Chez la femme, il se fera surtout avec une érosion traumatique, avec l'eczéma, la vulvite ; chez l'homme avec la balanite simple, la balanite circonscrite.

Le traitement sera antiseptique : le mercure n'a qu'une action insignifiante sur le phagédénisme de l'accident primitif.

Vu : le Président de la thèse,
FOURNIER.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

